Eine

Krebsoperation mit nachfolgendem plastischen Ersatz des Defektes in zwei Zeiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimrath Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

der

medicinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Ferdinand Brüny

prakt. Arzt aus Bremen.

München, 1883.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Eine

Krebsoperation mit nachfolgendem plastischen Ersatz des Defektes in zwei Zeiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimrath Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

der

medicinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Ferdinand Brüny

prakt. Arzt aus Bremen.

München, 1883.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0127

Meiner Mutter.

Vorliegender Fall einer Krebsoperation in zwei Zeiten ist bis jetzt der einzigste, welcher zuerst von Herrn Geheimrath von Nufsbaum ausgeführt worden ist. Bevor ich auf denselben näher eingehe, sei es mir gestattet, einige Worte über Operationen en deux temps zu sagen. Der Gedanke, eine gefährliche Operation durch eine Operation en deux temps ungefährlich zn machen, ist keine Errungenschaft der neuesten Zeit; denn B. von Langenbeck hat dieselbe im Jahre 1854 angegeben und zwar für die subcutane Osteotomie. Der Beweggrund, welcher den berühmten Chirurgen veranlafste, eine neue, von den bisherigen Methoden wesentlich abweichende zu empfehlen und selbst zuerst zur Ausführung zu bringen, war die Gefahr der septischen Infection, welche man in jener Zeit, also lange vor der so unendlich segensreichen Erfindung und Einführung der Lister'schen Antiseptik, mit vollem Rechte bei complicirten Frakturen fürchtete. Und was anders war und ist bis zum heutigen Tage die Osteotomie, ausgeführt nach der alten Methode, nach welcher die Durchbohrung oder Durchmeifslung mit nachfolgender Abknickung der noch bestehenden dünnen Knochenspange geschah, als eine complicirte Fractur! Da, wie gesagt, zu jener Zeit von einer Antiseptik, wie sie jetzt von allen Chirurgen geübt wird, keine Rede war, so suchte von Langenbeck der Gefahr einer eitrigen Ostitis, welche sich nach Osteotomien so häufig einzustellen pflegte, vorzubeugen, indem er die bisherige Operationsmethode dahin modificirte, dafs er die complicirte Fractur vermied. Während

bisher in den Fällen, in welchen wegen Stärke der Knochen, wegen der Nachbarſchaft wichtiger Gefäſse und Nerven u. ſ. w. eine gewaltſame Fractur durch äuſsere Gewalt nicht zu erzielen war, die Oſteotomie derart ausgeführt wurde, daſs nach Durchtrennung der Weichtheile bis auf den Knochen letzterer angebohrt und theilweiſe durchſägt oder angemeiſselt und dann die künſtliche Fractur hergeſtellt wurde, führte von Langenbeck[1]) die ſubcutane Oſteotomie en deux temps bei zwei Kranken im Jahre 1854 aus und zwar an der Tibia. In derſelben Art wie früher führte er einen zolllangen Schnitt, welcher die Weichtheile durchtrennte, und durchbohrte alsdann mit einem Bohrer die ganze Dicke des Knochens. In dieſes Bohrloch führte er eine feine Stichſäge und ſägte nun den Knochen bis auf eine dünne Corticalſchicht durch. Darauf Vereinigung der Hautwunde durch die Naht. Seine Hoffnung, es werde die Haut- und Reſectionswunde ohne Eiterung in wenigen Tagen heilen, ging jedoch nicht in Erfüllung. Bei beiden Patienten trat eine ziemlich ſtarke Eiterung auf, welche bei einem der Kranken 14 Tage lang andauerte. Nachdem die durch die Oſteotomie angeregte Entzündung und Eiterung abgelaufen war, nahm er den zweiten Akt der Operation vor, die Durchbrechung der dünnen Corticalſchicht durch äuſsere Gewalt und erzielte ſo eine einfache, nicht complicirte Fractur. Der weitere Verlauf bei beiden Patienten war ein vollkommen befriedigender. Jedoch nicht befriedigt durch den Anfangs ungünſtigen Verlauf in beiden Fällen, gab von Langenbeck dieſe Methode en deux temps wieder auf und operirte jetzt einen anderen Fall derart, daſs er Oſteotomie und Knochenbruch unmittelbar auf einander folgen lieſs und zwar mit günſtigem Erfolge.

Heut zu Tage, wo Dank der Einführung und auch ſo vollkommenen Anwendung der Antiſeptik die Gefahr einer

---

[1]) Deutſche Klinik, Jahrgang 1854, Nr. 30.

Infektion bei complicirten Fracturen, wenn auch nicht ganz beſeitigt, ſo doch auf ein Minimum reducirt erſcheint, findet die von Langenbeck'ſche Methode der ſubcutanen Oſteotomie en deux temps keine Anwendung mehr, da man durch die Oſteotomie mit gleich nachfolgender Fracturirung des Knochens dem Patienten die Dauer des Krankenlagers bedeutend abkürzt.

G. Simon hat zuerſt ein Verfahren angegeben bei der Operation von Echinococcusgeſchwülſten der Unterleibshöhle, durch welches er dieſelbe in zwei Zeiten ausführte. Da in der damaligen Zeit eine operative Entfernung eines Echinococcus aus der Bauchhöhle wegen der Gefahr einer Peritonitis nicht wohl ausführbar war, ſo führte G. Simon die Operation in folgender Weiſe aus: Er ſtach zwei feine Troicarts in einer Entfernung von circa 2—3 cm von einander in die Geſchwulſt ein und verſchloſs, um eine Entleerung und eine hiedurch bedingte Entfernung der Geſchwulſt von der vorderen Bauchwand zu verhindern, die äuſseren Oeffnungen der Canülen mit Wachs. Beide Canülen übten als Fremdkörper einen Reiz aus, und es entſtand ſo zwiſchen beiden eine adhaeſive Peritonitis, welche das parietale Blatt des Peritoneums mit dem visceralen Blatte desſelben verſchmolz. Auf dieſe Weiſe fand aber auch zugleich eine Verwachſung des Echinococcusſackes mit der Bauchwand ſtatt, und Simon konnte nun nach einigen Tagen eine Inciſion zwiſchen den beiden Canülen bis in den Echinococcusſack machen, ohne die Bauchhöhle zu eröffnen und zu gefährden. Dieſelbe Methode der Entfernung eines Echinococcus der Bauchhöhle kann auch noch heutzutage ausgeführt werden, jedoch muſs man bedenken, daſs, wenn man unter den Maſsregeln der Aſepſis operirt, eine adhaeſive Peritonitis, wie die Erfahrung gezeigt hat, nicht zu Stande kommt.

Wiederum war es die Furcht vor Sepſis, welche Langenbuch [1]) veranlaſste, eine neue Methode der Sectio alta en

[1]) Archiv für klin. Chirurgie Band XXVI. Heft 1.

deux temps anzugeben. Da bei der Sectia alta eine Verletzung des Peritoneums äufserft leicht vorkommen kann, zumal da die Umfchlagsftelle desfelben auf die Bauchwand ziemlich weit herabreichen kann, fo fchlug Langenbuch ein Operationsverfahren vor, durch welches, felbft wenn es fich um eine gröfsere Eröffnung der vorderen Blafenwand handelt, alfo bei Entfernung von grofsen Steinen, eine Eröffnung der Bauchhöhle nicht ftattfinden foll. Die Operationsmethode, welche er, wie er in feiner Veröffentlichung erwähnt, nur an der Leiche ausführte, ift folgende: 4—5 cm langer Querfchnitt am oberen Rand der Symphyfe und an den Endpunkten desfelben ein circa 3 cm langer fagittaler Schnitt, durch welche die vordere Blafenwand fowie die paraveficale Bauchfalte freigelegt wird. Die Blutung foll bei diefer Schnittführung eine fehr geringe fein, da von den Gefäfsen höchftens der Ramus pubicus der Art. epigaftrica inf. getroffen werden kann, welche leicht zu unterbinden ift. Nach Freilegung der paraveficalen Bauchfalte wird diefelbe angefchnitten und auf der Hohlfonde, entfprechend der Länge des primären Hautfchnittes gefpalten. Hierauf rollt man den Bauchwandlappen etwas nach Innen und zwängt ihn hinter den Scheitelpunkt der Blafe zurück, wofelbft er entweder durch einige Nähte oder durch Einlage von Gaze in der gewünfchten Lage erhalten werden kann. Nach Anlegung des antifeptifchen Verbandes wird fich nun nach 5—8 Tagen ein neuer Bauchfellverfchlufs herftellen können, welcher nur einige Centimeter nach oben verfchoben ift. Ift derfelbe vollkommen eingetreten, fo kann zur Eröffnung der Blafe und Extraction des Steines gefchritten werden. Nach Entfernung des Steines wird ein Nélaton'fcher Katheder vom Innern der Blafe aus durch die Urethra geführt und hierauf die Wunde forgfältig durch Nähte gefchloffen. Durch ein in die Blafe hineinreichendes Drainrohr kann felbige nach Bedürfnifs mit antifeptifchen Flüfsigkeiten ausgefpült werden. Da zugleich der Urin durch den Katheter freien Abflufs hat,

ſo wird auf dieſe Weiſe jede verderbliche Urineinwirkung von der Blaſennaht abgehalten. Die Vortheile, welche Langenbuch durch dieſes Operationsverfahren en deux temps zu erzielen glaubt, ſind Vermeidung profuſer Blutungen, ſeptiſcher Harninfiltration und einer tödtlichen Peritonealverletzung. Wie bereits erwähnt, hat Langenbuch bis jetzt dieſe Operation nur an der Leiche ausgeführt. In wie weit ſelbige den gewünſchten Erwartungen entſprechen wird, muſs erſt der Erfolg am Lebenden ergeben.

Auſser dieſen von B. von Langenbeck, G. Simon und Langenbuch angegebenen Operationen en deux temps, durch welche vor Allem angeſtrebt wurde, eine ſeptiſche Infection mit nachfolgender Pyaemie zu vermeiden, müſſen wir noch einige weiteren Operationen, ausgeführt in zwei, reſp. mehreren Sitzungen, anführen, durch welche man nicht ſo ſehr jenes Reſultat zu erreichen ſuchte, als vielmehr eine Erleichterung der ganzen Operation.

Hierher gehört die Zurücklagerung des prominenten Zwiſchenkiefers bei doppelſeitiger Haſenſcharte, welche zuerſt im Jahre 1868 gleichzeitig von Bardeleben, A. Guérin, Delore und Mirault in zwei Zeiten angegeben wurde. Während bei den bis dahin angewandten Methoden der Erfolg der Zurücklagerung des prominenten Zwiſchenkiefers in zweierlei Hinſicht oft zu wünſchen übrig lieſs, nämlich einmal durch die Blutung aus den beiden durchſchnittenen A. A. septi narium und zweitens durch das Ausbleiben einer feſten Verbindung des Zwiſchenkiefers mit dem hinteren Theil des Vomer, wurden durch die in dem betreffenden Jahre ausgeführte ſubperioſtale Exciſion eines dreieckigen Stückes aus dem Vomer jene Nachtheile gänzlich beſeitigt.

Was das Operationsverfahren anbelangte, ſo wurde folgendermaſſen vorgegangen: Zunächſt führt man einen Längsſchnitt, welcher Schleimhaut und Perioſt durchtrennt. Derſelbe muſs genau auf den freien Rand des Vomer fallen und ver-

läuft dann zwiſchen den beiden A. A. septi narium. Darauf werden die Weichtheile mit dem Periost von Vomer mit einem Elevatorium abgehebelt und mit einer ſtarken Scheere ein dreieckiges Stück aus dem Vomer excidirt. Jetzt drängt man den Zwiſchenkiefer in die normale Stellung zurück und fixirt ihn mit quer übergelegten Heftpflaſterſtreifen einige Tage hindurch, bis ſeine Einheilung erfolgt iſt. Iſt dieſe eingetreten, ſo ſchreitet man zum zweiten Akt der Operation, zum Schluſs der Lippenſpalte, welche nach der bekannten Methode erfolgt. Die Combination beider Operationen kann jedoch auch in einer Sitzung ausgeführt werden und wird auch heutzutage von den meiſten Chirurgen vorgezogen, weil durch ſie eine weit ſichere Feſtſtellung für den Zwiſchenkiefer erzielt wird als durch die Heftpflaſterſtreifen.

Durch die von Middeldorpf eingeführte Galvanocauſtik iſt eine weitere Operationsmethode in mehreren Zeiten gegeben bei der Behandlung cavernöſer Tumoren. Die oft ſehr weite Ausdehnung derſelben, ihr Zuſammenhang mit tiefer liegenden Gebilden und ihr Vorkommen als angeborene Geſchwülſte, deren jähes Wachsthum oft ein operatives Einſchreiten bei noch ſehr kleinen Kindern nothwendig macht, laſſen in einer Reihe von Fällen die Exſtirpation mit dem Meſſer nicht immer rathſam erſcheinen. Von eminentem Werthe iſt in ſolchen Fällen die Galvanocauſtik. Wir finden dieſelbe theils allein zur Ausrottung der Angiome gebraucht, theils zu vorbereitenden Operationen verwendet, um die Gewebe ſo zu verändern, daſs ſie ſich für die nachfolgende Exſtirpation mit dem Meſſer eignen. Die Art und Weiſe der Anwendung der Galvanocauſtik bei cavernöſen Tumoren iſt folgende: Je nach der Gröſse der Geſchwulſt werden ein oder mehrere Platindrähte durch dieſelbe mit einer Nadel durchgeführt, und läſst man alsdann durch aufgeſetzte Klemmen den Draht nach der beabſichtigten Wirkung mehr oder weniger lang erglühen, wodurch einmal die Blutung ſehr unbedeutend wird und anderer-

ſeits zugleich die Gewebe zur Verödung gebracht werden. Eventuell muſs natürlich bei gröſserer Ausdehnung der Geſchwulſte dieſes Verfahren öfters wiederholt werden. In gleicher Weiſe kann man auch das zuerſt von Herrn Geheimrath von Nuſsbaum [1]) angegebene nagelförmige Glüheiſen gebrauchen, welches an einer oder mehreren Stellen, ebenfalls eventuell in mehreren Sitzungen, in die Geſchwulſt eingeſenkt wird. Ferner verwendet man Galvanocauterien verſchiedener Art dazu, um die Geſchwulſt von der Oberfläche her zu zerſtören und zwar in mehreren Zeiten, um die Reaction abzuwarten oder nicht zu ſtark werden zu laſſen.

Ein groſser Fortſchritt in der Behandlung der Ectopia veſicae wurde von Thierſch im Jahre 1869 durch die Methode der Ueberpflanzung granulirender Lappen in mehreren Sitzungen in die Chirurgie eingeführt. Während nämlich bis dahin der Uebelſtand des plaſtiſchen Verſchluſses der Bauchblaſenſpalte in einer Sitzung ſich darin zeigte, daſs der transplantirte Lappen ſehr häufig gangraenös wurde, ſo ſchlug Thierſch ein Verfahren ein, durch welches zwar der Verlauf bis zum definitiven Verſchluſs des Defectes ein bedeutend protrahirter wurde, dafür aber mit Sicherheit ein Gangraenöswerden der Lappen vermieden wurde. Zur Deckung des Defectes brauchte Thierſch zwei ſeitliche Lappen aus der Bauchhaut, deren jeden er ſo groſs vorzeichnete, als ob er allein den Defect ſchlieſsen ſollte. Der erſte Lappen muſs den unteren Theil des Defectes decken. Man hält ſich bei der Umſchneidung desſelben mit dem inneren Schnitt möglichſt median an Blaſenrand und Peniswurzel; der äuſsere Schnitt wird dem erſteren parallel bis unter das Ligamentum Poupartii geführt. Das ſo umſchriebene, oben und unten nicht getrennte Hautſtück wird nun in situ brückenförmig gelöſt und ein Staniolplättchen untergeſchoben. Granulirt die Hautbrücke auf ihrer unteren Seite kräftig, ſo

[1]) Bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1861.

verbindet man die oberen Enden der Seitenfchnitte und hat nun einen granulirenden, ftark vascularifirten Lappen mit der Bafis unten, der über den unteren Theil des Defectes gelegt und mit den Blafenrändern genau vereinigt wird. Ift die Anheilung erfolgt, fo fchliefst man in analoger Weife den oberen Theil, nur wird der Decklappen aus einem etwas höher gelegenen Stück der Bauchhaut gebildet.

Eine Hauptfchwierigkeit bei der Operation der Blafenfcheidenfifteln, zumal wenn diefelben hoch oben fitzen, ift das ungünftige Operationsterrain. Diefem Uebelftande fuchte Baker Brown durch folgendes Verfahren abzuhelfen. Ungefähr vierzehn Tage zuvor er den Verfchlufs der Fiftel ausführt, macht er je eine rechts- und linksfeitige Incifion in die Schleimhaut, welche fich durch die ganze Vagina bis zum Introitus erftrecken, und füllt alsdann die Scheide mit Charpie aus. Diefe Schnitte contrahiren fich nun narbig, und die Folge davon ift, dafs die Fiftel tiefer nach unten gezogen wird. Auf diefe Weife erhielt Baker Brown ein bei weitem bequemeres Operationsfeld, und es gelang ihm fo, die Schliefsung der Fiftel, welche fonft oft einen mehrftündigen Zeitaufwand erforderte, in circa 15 Minuten auszuführen.

Bei krampfartiger Kieferklemme, wie man fie oft auftreten ficht nach Scharlach, Mafern und lang fortgefetztem Calomelgebrauch, hatte man früher die fubcutane Myo- und Tenotomie der Kaumufkeln ausgeführt, jedoch meift ohne Erfolg, da mit der Heilung die Wirkung der Tenotomie verfchwand. Es ift das Verdienft von B. von Langenbeck, eine Methode en deux temps zuerft empfohlen und ausgeführt zu haben, durch welche es ihm gelang bei krampfartiger Kieferklemme eine abfolute Heilung zu erzielen. In der erften Sitzung durchtrennt von Langenbeck die äufsere Haut und den M. maffeter vollftändig. Hierauf läfst er 14 Tage lang

[1]) Lancet. March. 1864.

täglich ausgiebige Kaubewegungen anſtellen, friſcht dann die Hautränder an und vereinigt ſie wieder durch die Naht, nicht jedoch den M. maſſeter. Das Reſultat war ſtets ein gutes.

Eine weitere Operation in zwei Sitzungen iſt die von v. Bruns angegebene Methode der Anlegung der Naht nach Amputationen erſt nach Verlauf von 2—3 Stunden. v. Bruns glaubte durch längeres Offenlaſſen der Weichtheile und dadurch bedingtes reichlicheres Ausbluten ein prima reunio eher zu erzielen, als wenn er unmittelbar nach der Amputation die Wundränder vereinige. Heutzutage, wo ſtets unter antiſeptiſchen Cautelen operirt wird, dürfte wohl jene Methode nicht mehr in Anwendung gebracht werden.

Als letzten Fall einer Operation en deux temps möchte ich noch die Transplantation eines Knochenſtückes anführen, welche vor 10 Jahren von Herrn Geheimrath von Nuſsbaum zum erſten Male mit Erfolg ausgeführt worden iſt und bis jetzt der einzig daſtehende Fall iſt. Es fand ſich bei dem betreffenden Kranken ein ziemlich bedeutender Defect der Ulna. Nachdem zuvor von vier Chirurgen verſchiedene operative Eingriffe vorgenommen waren, als Einſchrauben von goldenen Schrauben u. ſ. w., um eine Wucherung des Knochens zu erzielen, jedoch ohne jeglichen Erfolg, machte Herr Geheimrath von Nuſsbaum folgende Operation: Er trennte von der Ulna ſubperioſtal ein Stück entſprechend der Gröſse des Defectes ab, ſo daſs es am Perioſt hängen blieb, und lagerte dann das Knochenſtück herüber. Die Heilung gelang vollkommen. Daſs es Herrn Geheimrath von Nuſsbaum gelungen iſt das Knochenſtück zur Anheilung zu bringen, kann man, wie er ſelbſt ſagt, nur darauf zurückführen, daſs das Perioſt in Folge der verſchiedenen vorausgegangenen Eingriffe ſtark hypertrophiſch und vaſkulariſirt war, und ſomit das Knochenſtück reichlich ernährt wurde. Soll die Transplantation von Knochenſtücken überhaupt gelingen, ſo muſs ſie ſtets en deux temps gemacht werden. Man muſs nämlich zuerſt durch Reizung des Perioſtes

dasſelbe ſtark hypertrophiſch machen, und wenn dieſes eingetreten in einer zweiten Sitzung das Knochenſtück ſubperioſtal abtrennen und transplantiren.

In neueſter Zeit hat nun Herr Geheimrath von Nuſsbaum eine Krebsoperation im Geſicht mit nachfolgender Transplantation zur Deckung des entſtandenen Defektes ebenfalls en deux temps ausgeführt, aber aus einem anderen als den bisherig angeführten Motive. Nicht die Beſorgniſs einer Infection bei der Entfernung des Carcinoms lieſsen ihn die Operation in zwei Zeiten vollziehen, ſondern einzig und allein der Umſtand, daſs der Kranke ſehr herabgekommen und decrepide war, und ſomit zu befürchten ſtand, daſs derſelbe beide Eingriffe, die Entfernung der Geſchwulſt und die Labioplaſtik, in einer Sitzung ausgeführt, nicht überleben werde. In wie weit dieſe Krebsoperation en deux temps ihre vollberechtigte Geltung hat, werden wir aus dem Krankheitsverlaufe weiter unten erſehen.

Johann Ecker, 63 Jahre alt, Waldaufſeher aus Irnkofen.

Anamneſe:

Hereditäre Krankheiten ſind in der Familie des Patienten nicht nachweisbar. Sein Vater ſtarb im Alter von 54 Jahren, an welcher Krankheit weiſs Patient nicht anzugeben, doch ſoll er ſtarker Potator geweſen ſein. Die Mutter ſtarb im 70. Lebensjahre an allgemeiner Waſſerſucht. Eine Schweſter, welche verheirathet iſt, erfreut ſich der beſten Geſundheit.

Patient ſelbſt will in ſeiner Jugend nur die gewöhnlichen Kinderkrankheiten als Scharlach, Maſern und Varicellen überſtanden haben. In ſeinem ſpäteren Alter will er ſtets geſund geweſen ſein, mit Ausnahme einer Erkrankung in ſeinem 20. Lebensjahre am „Gallenfieber“ und am Typhus in ſeinem 50. Lebensjahre. Patient iſt verheirathet und Vater von zwei Kindern, welche geſund und munter ſein ſollen. Was ſein jetziges Leiden anbetrifft, ſo giebt er über die Entſtehung desſelben folgendes an: Vor fünf Jahren habe er ohne jegliche

nachweisbare Urſache ein Geſchwürchen an die linke Hälfte der Unterlippe bekommen und zwar an der Grenze zwiſchen dem Lippenſaum und der äuſseren Haut, welches ungefähr die Gröſse eines Ein-Pfennigſtückes hatte. Dasſelbe ſoll ſchuppenartig ausgeſehen haben, von weicher Conſiſtenz geweſen ſein und bis Anfangs dieſes Jahres nicht geſchmerzt haben. Aus demſelben ſoll häufig eine weifsliche Flüſsigkeit herausgekommen ſein. Während im Verlaufe der Winter das Geſchwür ſtets völlig zum Verſchwinden kam, nahm es nach Wiederaufbruch im Frühjahr allmählig in ſehr geringem Maaſse an Gröſse zu, ſo daſs es im April dieſes Jahres erſt den Umfang eines Zehnpfennig-Stückes erreicht hatte. Im letzten Winter ſoll das Geſchwür nicht zur Verheilung gelangt ſein. Seit 1½ Jahren ſoll dasſelbe fernerhin ſehr zu Blutungen geneigt geweſen ſein, welche ſich jedoch nicht ſpontan, ſondern nur auf einen äuſseren Inſult hin einzuſtellen pflegten. Dieſer Inſult brauchte die erkrankte Partie nicht direct zu treffen, es genügte ſchon eine Erſchütterung der benachbarten Gegend. So giebt Patient an, daſs er in Folge ſeines Berufes als Waldaufſeher öfters habe ſchieſsen müſsen, und es jedesmal durch die Erſchütterung zur Blutung gekommen ſei. Während bis April dieſes Jahres das Geſchwür nur ſehr wenig an Umfang zunahm, ſoll von dieſer Zeit ab dasſelbe in rapider Weiſe um ſich gegriffen haben und ſollen ſich zugleich, wie bereits oben erwähnt, äuſserſt heftige Schmerzen eingeſtellt haben. Es ergriff die ganze Unterlippe und das Kinn, ging von hieraus auf den linken Mundwinkel und auf die linke Hälfte der Oberlippe über.

Bereits vor vier Jahren ſuchte Patient Rath und Hülfe bei einem Arzte. Derſelbe verordnete Pudern des Geſchwürs mit Alaun. Dieſe Behandlungsweiſe ſetzte Patient ½ Jahr lang fort, jedoch ohne jeglichen Erfolg. Ein anderer Arzt, an den ſich der Kranke jetzt wandte, gab ihm den Rath, das Geſchwür exſtirpiren zu laſſen, wozu Patient ſich ſofort bereit erklärte. Da aber in ſeinem damaligen Aufenthaltsorte kein

Spital war, fo fcheute Patient die Koften einer Privatbehandlung und es blieb beim Alten. Da jedoch das Gefchwür allmählig an Umfang zunahm, fo conſultirte Patient einen weiteren Arzt. Derfelbe erklärte das Leiden für unbedeutend und verordnete naffe Compreffen, welche einmal am Tage erneuert werden ſollten. Dieſes Verfahren ſetzte Patient 3 Wochen hindurch fort; das Reſultat war, dafs die Gegend um das Gefchwür herum ziemlich bedeutend anfchwoll, welche Gefchwulft jedoch bald nach Weglaſſung der Compreffen ſpontan zurückging. Patient, unzufrieden mit den bisherigen Erfolgen reſp. Mifserfolgen der Behandlung, war wenig beſorgt um ſein Leiden und entzog ſich der ärztlichen Behandlung. Erſt im April dieſes Jahres, als das Gefchwür rafch anfing ſich zu vergröſsern, wandte er ſich wieder an einen Arzt, welcher ihm den Rath gab, ſich in die hiefige chirurgifche Klinik aufnehmen zu laſſen, wofelbſt denn auch am 5. Mai ſeine Aufnahme erfolgte. Eine Infection quo ad genitalia ſtellt Patient entfchieden in Abrede. Während ſeiner ganzen Krankheit bis zum April dieſes Jahres will er ſich ſtets wohl befunden haben und noch bis vor $^1/_2$ Jahre ſeinen Beruf als Waldaufſeher nachgekommen ſein, von dieſer Zeit ab nicht mehr, da durch die Erſchütterungen beim Schiefsen die Blutungen leichter eintraten und auch profufer wurden. Auch will der Kranke ſeit April abgemagert ſein, was leicht erklärlich, da er ja durch ſein Leiden an der Nahrungsaufnahme ſehr behindert war. Was das Allgemeinbefinden des Patienten anbetrifft, ſo iſt daſſelbe trotz ſeines ſchweren Leidens im Ganzen und Groſsen zufriedenſtellend. Schlaf, Appetit und Verdauung ſind gut. Temperaturſteigerungen ſind nicht zu verzeichnen.

Status praeſens:

Patient, ein 63jähriger Mann, jedoch bedeutend älter ausſehend, iſt von groſser Statur. Die Muskulatur, ſowie der Panniculus adiposus ſind ſchlecht entwickelt, wie denn überhaupt

der Kranke ſtark abgemagert iſt. Der Knochenbau, ziemlich robuſt, zeigt keine Spuren überſtandener Rachitis. An den ſichtbaren Schleimhäuten iſt eine geringe Anämie wahrnehmbar. Durch die Percuſſion und Auskultation iſt über den Lungen und am Herzen Nichts Abnormes nachzuweiſen Der Urin iſt frei von Eiweiſs. Das Geſicht des Patienten bietet einen ſchrecklichen Anblick dar. Die Unterlippe bis zum Kinne fehlt; an ihrer Stelle findet ſich eine Geſchwürsfläche, welche ſich, auf den linken Mundwinkel und von da auf die Oberlippe fortpflanzend, auch hier zerſtörend eingewirkt hat. Der Rand des geſammten Geſchwüres, welches ſtinkenden Eiter in reichlicher Menge abſondert, iſt ausgefreſſen, gewulſtet, geröthet und ſtark indurirt. Die Geſchwürsfläche liegt tiefer bis zu $^1/_2$ Ctm. als die benachbarte geſunde Umgebung; ſie iſt unregelmäſsig, zeigt kleine warzenförmige, bei der leiſeſten Berührung leicht zur Blutung geneigte Höcker, zwiſchen dieſen von Sekret und Schmutz erfüllte Kluften. An einigen Stellen finden ſich Kruſten, beſtehend aus eingedicktem eitrigen Sekret, Blut und Schmutz. Unten ſitzt das Geſchwür, beſonders am Kinn, feſt auf dem Knochen auf, ſo daſs dieſer, jedenfalls aber ſicher ſein Perioſt ſchon in Mitleidenſchaft gezogen iſt. An der Grenze der Schleimhaut der Unterlippe und der Gingiva der unteren Schneidezähne hat das Geſchwür auf die Gingiva übergegriffen. Wie bereits oben erwähnt iſt der linke Mundwinkel ſowie die linke Hälfte der Oberlippe ebenfalls von dem Geſchwür zerſtört, und beträgt die Breite der Zerſtörung an der letzteren vom Lippenſaume ab gerechnet circa $^1/_2 - 1$ Ctm. Eine Induration benachbarter Lymphdrüſen beſteht jedoch nachweisbar nicht.

Diagnoſe:

Der Sitz und das Ausſehen des Geſchwürs unter Berückſichtigung des Alters des Individuums zwingen die Diagnoſe zu differenziren zwiſchen Syphilom, Lupus und Carcinom. Um

zu entſcheiden, mit welcher von dieſen Erkrankungen der Haut wir es hier zu thun haben, müſſen wir einerſeits die Anamnese berückſichtigen, andererſeits aber auch mit wenigen Worten das Entſtehen und das kliniſche Bild eines jeden der genannten Geſchwürsprozeſſe ſchildern.

Die erſte Möglichkeit, daſs es ſich bei unſerem Patienten um ein Syphilom handeln könnte, dürfen wir ſchon mit ziemlicher Beſtimmtheit von vornherein ausſchlieſsen; denn der Kranke ſtellt jede ſyphilitiſche Infection in früheren Jahren entſchieden in Abrede, was zu glauben wir auch berechtigt ſind, da ſich weder an den Genitalien noch an einer ſonſtigen Stelle des Körpers ältere oder jüngere Symptome der Syphilis finden. Andererſeits aber entſpricht das Ausſehen des urſprünglichen kleinen Geſchwüres an der Unterlippe durchaus nicht dem Bilde, welches uns das Syphilom zeigt. Vor Allem aber ſind es zwei Faktoren, welche die Annahme, daſs es ſich um ein Syphilom handele, nicht geſtatten. Zunächſt der Umſtand, daſs bei dem Kranken das Geſchwür auf den leiſeſten Inſult hin zu Blutungen geneigt war, welche beim Syphilom in Folge ſeines an Gefäſsen armen Bindegewebes nicht auftreten, und zweitens die langſame, aber ſtetige Entwicklung des Geſchwüres. Ein Geſchwür, welches Jahrelang beſteht, ſcheinbar (vielleicht mit Borken?) heilt, dann wieder erſcheint, dann ſich plötzlich vergröſsert, iſt kein ſyphilitiſches. Ein Syphilom bietet neben Zerfall an der einen Stelle auch Neubildung an einer anderen, das Carcinom dagegen ſchreitet zerſtörend nach allen Richtungen weiter.

Fernerhin könnten wir annehmen, daſs es ſich bei unſerem Patienten um Lupus handle. Gegen Lupus ſpricht jedoch folgendes:

Zunächſt das Alter des Kranken. Es entwickelt ſich bekanntlich der Lupus in der Regel bei jugendlichen Individuen, ungefähr vom 8. Lebensjahre an bis hinein in die Jahre der Pubertät, während man jenſeits der vierziger Jahre ziemlich

geſichert iſt gegen dieſe Krankheit. Auch iſt der erſte Entſtehungsort ſehr ſelten an der Lippe, ſondern bei Weitem in der Mehrzahl der Fälle an der Naſenſpitze und von dort aus fortſchreitend auf die Naſenflügel, Oberlippe und Wangen. Während man ferner in den meiſten Fällen von Lupus nicht einen einzelnen Erkrankungsheerd findet, ſondern dieſelben meiſt inſelförmig vertheilt ſind, zeigte ſich bei unſerem Kranken nur an der einen betreffenden Stelle ein Geſchwürchen. Hätte es ſich in unſerem Falle um Lupus gehandelt, ſo müſsten wohl bei dem langjährigen Beſtehen der Erkrankung auch die Zerſtörungen gröſser und mehr in die Tiefe gehend ſein, als es bei dem Kranken der Fall iſt.

Haben wir geſehen, daſs es ſich weder um eine ſyphilitiſche noch lupöſe Erkrankung bei unſerem Patienten handelt, ſo bleibt uns jetzt noch übrig, den Beweis zu führen, daſs die Geſchwürsbildung ein Carcinom iſt. Die Anamneſe gibt uns für die Stellung der ſicheren Diagnoſe ſchon zum Theil die Mittel an die Hand, vollſtändig der Status praesens. Schon der Anblick der Geſchwürsfläche macht den Eindruck, als handle es ſich um ein raſch um ſich greifendes Carcinom. Der unregelmäſsig aufgefreſſene Rand des Geſchwüres, welcher, ſtark infiltrirt, ſich wallartig über die Nachbarſchaft erhebt, die tiefer liegende, leicht blutende und ſtinkenden Eiter in reichlicher Menge abſondernde Geſchwürsfläche mit ihren warzenförmigen Höckern zeigt uns das ausgeprägte Bild des Carcinoms. Weiterhin ſpricht für die Annahme, daſs es ſich um ein Carcinom handele, das Alter des Patienten; denn das Lippencarcinom iſt eine Krankheit des höheren Alters, es kommt meiſt in den 50 –60iger Jahren vor. Auch der ganze Verlauf des anfangs kleinen Geſchwüres, welches ohne an ſeiner urſprünglichen Stelle zur Vertheilung zu gelangen — denn die Angabe des Patienten, daſs das Geſchwür im Winter verheilt ſei, beruht wohl jedenfalls auf Irrthum, es werden ſich eben nur Kruſten gebildet haben, welche dem Kranken das

Bild der Geſchwürsfläche entzogen und ſo die Meinung einer Heilung hervorriefen — weiter und weiter um ſich griff, läſst es zur Gewiſsheit werden, daſs es ſich in der That um ein Carcinom handelt.

Es fragt ſich nunmehr, mit welcher Art des Carcinoms haben wir es in unſerem Falle zu thun. Der Hautkrebs, welcher im Geſichte auftritt, iſt der Epithelkrebs, für welchen Thierſch[1]) zwei Formen unterſchieden hat, nämlich die des flachen und des tiefgreifenden Epithelkrebſes. Beide bieten durch Ausſehen, Verlauf, Prognose und Lokaliſation ein verſchiedenes kliniſches Bild dar und ſind auch weiterhin durch ihre hiſtologiſchen Elemente leicht von einander zu trennen. Haben wir zwar nach Thierſch zwei Arten des Epithelkrebſes zu unterſcheiden, ſo dürfen wir doch nicht auſser Acht laſſen, daſs Uebergänge zwiſchen beiden Formen ziemlich häufig zur Beobachtung gekommen ſind und zwar der Art, daſs oft nach jahrelangem Beſtehen ſich aus dem prognoſtiſch weit günſtigeren flachen Epithelkrebs ein tiefgreifender herausgebildet hat. So iſt es auch ohne Zweifel bei unſerem Patienten der Fall geweſen. Während es ſich anfänglich um ein flaches Epithelcarcinom, ein Ulcus rodens, handelte, welches über vier Jahre hindurch faſt ſtationär blieb, hat ſich erſt nach dieſer Zeit aus demſelben ein tiefgreifender Epithelkrebs mit ſeiner kraterförmigen, raſch um ſich greifenden Ulceration entwickelt. Wir ſtellen daher die Diagnoſe auf »Carcinoma labii inferioris, anguli oris sin., labii superioris, mentis.«

Aetiologie:

Wie man überhaupt ſpezielle Gelegenheitsurſachen, welche den Anlaſs zur Carcinomentwicklung der Unterlippe geben, in der Mehrzahl der Fälle nachzuweiſen nicht im Stande iſt, als Druck der Lippe durch das Pfeifenmundſtück, Einwirkung des Pfeifenſaftes u. ſ. w. — eine Anſicht, welcher z. B.

*) Thiersch, der Epithelkrebs namentlich der Haut. Leipzig 1865.

Thierfch nicht beipflichtet — fo können wir auch in unſerem Falle ein ätiologiſches Moment nicht anführen, da Patient nach ſeiner Angabe kein Raucher iſt, noch ſonſt irgend welche lang auf die fragliche Stelle einwirkende Inſulte erlitten haben will. Auch zu einer erblichen Dispoſition iſt uns kein Anhalt geboten, da die Anamnese in dieſer Hinſicht Nichts Poſitives ergiebt. Es bleibt uns demnach nur übrig der Anſicht von Thierfch beizupflichten. Nach derſelben ſollen im Lippengewebe Veränderungen vorgehen, welche bedingt ſind durch die im Alter ſich einſtellende allgemeine Herabſetzung vitaler Energie, wodurch der Schwund des Bindegewebes in hohem Grade begünſtigt wird. Und gerade dieſer Schwund des Bindegewebes bietet einen fruchtbaren Boden dar zur Verbreitung für die Epithel-Wucherung zumal an dieſer Hautſtelle, an welcher das Epithel ſchon von Hauſe aus in hyperplaſtiſcher Form vorhanden war.

Prognose:

Was die Prognose anbetrifft, ſo ſind wir auf keine Weiſe berechtigt, dieſelbe als eine günſtige hinzuſtellen, im Gegentheil, wir müſten dieſelbe vor der Hand als dubia bezeichnen. Wenn auch bei der auszuführenden Operation möglichſt weit im Geſunden operirt und ſo dem Anſcheine nach Alles Krankhafte entfernt werden wird, ſo können wir doch nicht mit Beſtimmtheit vorausſagen, ob die Heilung eine vollkommene ſein und nicht nach kürzerer oder längerer Zeit ein Recidiv ſich wieder einſtellen wird. Ein Umſtand freilich bei unſerem Kranken könnte uns die Vermuthung nahe legen, daſs nach gründlicher Entfernung des Carcinoms keine neue Eruption in Zukunft auftreten werde, nämlich der Umſtand, daſs wir auch bei der genaueſten Unterſuchung keine Infiltration weder der Submaxillar- noch der Occipitaldrüſen konſtatiren können. Aber auch dieſer, dem Anſcheine nach prognoſtiſch günſtige Befund kann und darf uns nicht veranlaſſen unſer Urtheil in

Bezug auf die Prognose zu ändern. Denn wenn wir auch eine Erkrankung der benachbarten Lymphdrüſen nachzuweiſen nicht im Stande ſind, ſo kann dieſelbe trotzdem beſtehen, jedoch eine bis jetzt ſo geringfügige ſein, daſs ſie der äuſseren Unterſuchung entgeht. Es ſind in der Literatur Fälle ſolcher Art in reichlicher Zahl vorhanden, in denen erſt nach kürzerer oder längerer Zeit nach der Operation in den vor derſelben dem Anſcheine nach geſunden Lymphdrüſen ſekundäre Krebsknoten auftraten, ebenſo bei anderen bösartigen Neubildungen, die mit ſekundären Druſenerkrankungen einhergehen, z. B. beim Sarkom. So wurde vor einem Jahre auf der von Nussbaum'ſchen Klinik wegen eines koloſſalen Oſteosarkoms am unteren Ende der Tibia die Unterſchenkelamputation gemacht. Die Inguinaldrüſen waren damals nachweislich nicht erkrankt. Vor Kurzem kehrte der Patient mit einem über zwei fauſtgroſsen Lymphosarkom der Inguinaldrüſen auf die Abtheilung zurück, welches dann exſtirpirt wurde. Jedenfalls prognoſtiſch ſehr unangenehm in unſerem Falle quo ad Recidive iſt das Mitergriffenſein des Perioſtes und des Knochens des Unterkiefers im Bereiche des Kinnes. Die Prognose quo ad vitam iſt äuſserſt ſchlecht. Die Erfahrung zeigt nämlich, daſs nach ſolch ausgedehnten Krebsoperationen die Kranken, welche das 60. Lebensjahr überſchritten hatten, meiſt nach einigen Tagen an Marasmus zu Grunde gingen. Anfangs freilich nach der Operation ſcheint eine Wendung zum Beſſern eingetreten zu ſein, indem der noch aufgeſpeicherte Parenchymſaft dem Kranken neue Kraft giebt. Der nicht unbedeutende Blutverluſt bewirkt aber, daſs kein neuer Saft mehr gebildet und aufgeſpeichert wird, und die Folge davon iſt, daſs bald der Tod durch Marasmus eintritt.

Therapie:

Es iſt klar, daſs der alte, ſehr heruntergekommene Patient bei Fortbeſtand ſeines Leidens ſehr bald zu Grunde gehen

wird. Denn einmal wird durch das Carcinom der Unterlippe oder beſſer ausgedrückt durch den Defect der ganzen Unterlippe die Nahrungsaufnahme ſehr erſchwert, ferner aber nimmt auch der Kranke von dem Sekret der jauchenden Geſchwürsfläche beſtändig in ſeinen Körper auf, welche Thatſache ſchon ſein kachektiſches Ausſehen bezeugt. Aufserdem iſt die Geſchwürsfläche ſchon bei der geringſten Berührung zu Blutungen geneigt, und eine Arroſion eines gröfseren Gefäſses mit folgendem ſtarken Blutverluſte liegt ſehr im Bereiche der Möglichkeit. Können wir dem Kranken auch eine radicale Heilung nicht mit Gewiſsheit verſprechen, ſo ſind wir doch gezwungen, operativ vorzugehen, einerſeits um eine weitere Ausdehnung des Geſchwüres mit ſeinen verderblichen Folgen zu verhindern, andererſeits um dem Kranken das Leben, wenn auch im ſchlimmſten Falle nur auf Monate zu erleichtern und wieder angenehm zu machen.

Eine Hinwegnahme des Carcinoms iſt alſo eine Indicatio vitalis. Es fragt ſich nur auf welche Art und Weiſe die Entfernung der Geſchwulſt vorgenommen werden ſoll. Da, wie bereits oben erwähnt, der Kranke ſehr decrepid und herabgekommen iſt, ſo muſs man vor Allem ſein Augenmerk darauf richten, daſs Patient bei der Operation möglichſt wenig Blut verliert. Würde man die Hinwegnahme mit dem Meſſer vornehmen, ſo wäre ein ziemlich beträchtlicher Blutverluſt nicht zu vermeiden. Ueberdieſs — wie bereits erwähnt — ſind nach der Statiſtik des Herrn Geheimrath von Nuſsbaum alle Individuen mit gröfseren Lippencarcinomen, die das 60. Lebensjahr überſchritten hatten und die mit dem Meſſer operirt wurden, geſtorben, hiervon die meiſten wieder in der erſten Woche nach der Operation. Um nun der Gefahr eines Blutverluſtes zu entgehen, wird eine Entfernung des Krankhaften mittelſt glühender Inſtrumente geplant. Es hat ſich nämlich nach neueren Verſuchen gezeigt, daſs einmal bei vorſichtigem, langſamen Operiren auf dieſe Weiſe kein oder ein nur äuſserſt

geringer Blutverluft ftattfindet und zweitens, dafs, wenn unter antifeptifchen Cautelen operirt wurde, der Verlauf ein guter war und fich keine feptifchen Zerfetzungsprodukte unter dem Brandfchorfe bilden. Letzteres werden wir jedoch bei unferem Falle nicht erreichen können. Denn eine Cauterifation unter antifeptifchen Cautelen ift wegen der Communication der Operationsfläche mit der Mundhöhle, welche nicht zu befeitigen ift, nicht möglich. Daher kann man in unferem Falle nur auf den antifeptifchen Verband vertrauen. Da wir nach Entfernung des Carcinoms einen koloffalen Defect bekommen werden, fo wird die Deckung desfelben fchon aus kosmetifchen Rückfichten befchloffen. Jedoch foll die Labioplaftik nicht fofort an die Entfernung des Carcinoms angereiht werden, da einmal eine Ueberdeckung des entftehenden Brandfchorfes mit einem Hautlappen nicht zweckmäfsig ift, andererfeits aber vor Allem eine Vornahme beider Eingriffe in einer Sitzung den Kranken in die gröfste Lebensgefahr bringen würde.

Vorläufig wird nun der Kranke zur Operation vorbereitet; fein Backenbart wird entfernt, die leicht blutende Gefchwürsfläche wird gereinigt und mit feuchtem Borlint darüber Guttaperchapapier verbunden. Patient wird mit kräftigen Brühen, Eiern, Bier u. f. w., welche Flufsigkeiten er mit dem Gummirohr einfaugt, ernährt.

9. V. Das Allgemeinbefinden des Patienten ift zufriedenftellend. Er war feither fieberfrei. Die Gefchwürsfläche ift von den aufgelagerten Kruften möglichft gereinigt, und es wird heute die Entfernung des Carcinoms auf folgende Weife vorgenommen:

In tiefer Chloroformnarkofe wird mit dem Thermokauter gut 1 Ctm. von der carcinomatöfen Gefchwürsgrenze entfernt die Haut und das Unterhautzellgewebe durchgebrannt. Diefe Durchtrennung auf glühendem Wege wird fehr langfam vorgenommen, ohne zugleich den Thermokauter ftark aufzudrücken, damit keine Blutung erfolge. Dennoch werden an Stellen,

wo die Operationslinie auf gröfsere Gefäfse ftöfst, diefe von der Glühhitze nicht momentan thrombofirt, und es findet trotz aller Vorficht ein geringer Blutverluft ftatt. Diefem, gerade für unferen Fall, unangenehmen Vorkommnifs kann jedoch durch gleichzeitige Compreffion in der Umgebung der Brandlinie durch die Affiftenz genügend vorgebeugt werden. Hierauf wird mit meifsel- und fchaufelförmigen Glüheifen die Neubildung von ihrer Bafis langfam getrennt. Hierbei mufs der Unterkieferknochen am Kinn in der Länge von 3 Ctm. (frontal) und in der Breite von 1 Ctm. (fagittal) von feinem Periofl entblöfst werden. Die Narkofe und die fo vorgenommene Wegnahme des Neoplasmas erfordert einen Zeitaufwand von $^3/_4$ Stunden. Nach vollendeter Operation wird die ganze Brandfläche mit feuchter Jodoformgaze, darüber Borlint und Guttaperchapapier verbunden.

Abends: Patient ift fieberfrei, Schmerzen traten nach der Operation nicht auf und find auch jetzt nicht vorhanden. Ebenfo blieb die Chloroformnarkofe ohne üble Nachwirkung. Der Kranke hat etwas flufsige Nahrung durch die Gummiröhre eingefaugt. Der hierdurch etwas befchmutzte Verband wird entfernt und ein neuer angelegt.

12. V. Mit dem Befinden des Patienten kann man bis jetzt in jeder Hinficht zufrieden fein. Nach Entfernung des Verbandes zeigt fich, dafs der Brandfchorf fchon an einigen Stellen fich demarkirt; zwifchen ihm und der Haut wird ein rother Granulationsftreifen fichtbar. Die gebrannte Flache fecernirt ziemlich viel Eiter, der täglich mit Borwaffer abgefpült wird. Unter dem Schorfe findet fich an manchen Stellen ein eitriges Sekret, doch läfst fich diefes nicht gut entfernen, da man die Schorfe wegen einer eventuellen Blutung nicht wegnehmen kann. Temperaturfteigerungen find bis jetzt nicht zu verzeichnen.

16. V. Es ift keine wefentliche Veränderung in dem Zuftande der Wundfläche eingetreten. Der Kranke befindet

ſich den Umſtänden nach ganz wohl und iſt völlig fieberfrei. Appetit, Verdauung, Schlaf gut.

17. V. Bei der heute Morgen vorgenommenen Temperaturmeſſung findet ſich eine Temperatur von 39,0: Als Grund hierfür zeigt ſich eine eryſipelartige Röthe der die Brandfläche umgebenden Haut. Das Eryſipel iſt aller Wahrſcheinlichkeit nach bedingt durch das unter dem Brandſchorfe hie und da verhaltene eitrige Sekret, welches ſich, zumal bei der Communication mit der Luft und auch durch die nicht zu verhindernde Berührung mit dem ablaufenden Speichel, der vom Verbande aufgeſaugt wird, zerſetzt hat. Im Uebrigen hat die Wundfläche keinen ſeptiſchen, ſondern nur einen Brandgeruch. Abendtemperatur 39,0.

18. V. Das Eryſipel hat bis jetzt keine gröſseren Dimenſionen angenommen. Morgen- und Abendtemperatur betragen 39,0.

19. V. Das Eryſipel ſchreitet über das Geſicht weiter gegen die Augen zu, nach Unten auf den Hals. Temperatur Morgens 39,1. Abends 40,0.

21. V. Das Eryſipel iſt auf die Augenlider und auf die Stirn übergegangen. Die Lider, beſonders das des rechten Auges, ſind ſehr ſtark geſchwollen, ſo daſs ſie ſpontan nicht geöffnet werden können.

Temperatur Morgens 38,8. Abends 39,7.

22. V. Das Eryſipel geht noch auf den behaarten Kopf über, ſetzt ſich jedoch vom Halſe nicht auf den Rumpf fort. Der Verband wird täglich gewechſelt; die Wundfläche fecernirt ſtark.

Temp. Morgens 39,2. Abends 39,5.

24. V. Bis heute iſt keine Abnahme des Eryſipels zu conſtatiren. Das Allgemeinbefinden des Kranken iſt ziemlich zufriedenſtellend.

Temp. Morgens 36,7. Abends 38,0.

25. V. Das Eryſipel blaſst ab und an den zuerſt

ergriffenen Stellen beginnt bereits die Abfchürfung der Epidermis. Auch der Brandfchorf hat fich an allen Stellen bereits demarkirt und abgeftoffen, und an feiner Stelle findet fich jetzt eine frifche granulirende Fläche, die ziemlich reichlich fecernirt.

Temperatur Morgens 36,0. Abends 37,8.

28. V. Der Kranke befindet fich feither ganz wohl und ift völlig fieberfrei. Die Abfchürfung vom Erysipel ift faft vollendet. Im Anfchlufs an das Erysipel haben fich im oberen und unteren rechten Augenlid bohnengrofse, anfangs harte Anfchwellungen gebildet, die jetzt erweicht find und fich als Abscelfe ergeben. Diefelben werden mit dem Meffer eröffnet; es entleert fich guter, dicker Eiter. Feuchter Borlintverband. Der früher beftandene grofse Defekt hat fich durch üppige Granulationsbildung und durch hierdurch verurfachtes Heranziehen der benachbarten Haut bedeutend verkleinert. Der am Kinn durch die Operation blosgelegte Kieferknochen zeigt am Rande zwifchen Granulationen der Nachbarfchaft und Knochen eine deutliche Demarkationslinie und wird fich exfoliiren. Eine Entfernung diefes oberflächlichen Knochenfequefters ift jedoch jetzt ohne Gewalt noch nicht möglich.

4. VI. Die Granulationsfläche ift rein und frifch ausfehend. Der Knochenfequefter läfst fich noch nicht entfernen. Patient drängt fehr bald wieder nach Haufe zu kommen und bittet, dafs man die Labioplaftik beeile. Da zu erwarten fteht, dafs die bereits vollftändig demarkirte Knochenfläche mit geringer Gewalt mit dem Meifsel abgehoben werden kann, fo wird Patient, der fich fehr erholt hat, narkotifirt und alsdann zum zweiten Akt der Operation, zur Labioplaftik gefchritten. Nachdem zuvor der Knochenfequefter losgehebelt ift, wird der Rand der Granulationsfläche angefrifcht und aus der linken Wange ein den Defekt gut deckender Lappen herausgefchnitten. Während der Abpräparirung des Lappens findet eine ziemlich ftarke Blutung ftatt, welche jedoch bald durch Unterbindung der Art. et Vena transversa faciei geftillt

wird. Hierauf wird der Lappen mit Knopfnähten fixirt, und es ift nun der Defekt der Unterlippe wieder vollftändig erfetzt. Die im erften Akt der Operation exftirpirte Partie der Oberlippe in ihrer linken Hälfte hat fich durch Granulationsbildung ziemlich erfetzt, fo dafs hier eine plaftifche Operation nicht vorgenommen zu werden braucht. Der auf der linken Wange durch Wegnahme des transplantirten Lappens entftandene Defekt wird durch Nähte, welche die Weichtheile, befonders in den Winkeln des Defektes, einander nähern, zu verkleinern gefucht. Der transplantirte Lappen hat eine Länge von 8,5 cm und eine Breite von 5 cm. Er hat eine rechtwinklige Geftalt, feine Bafis oder der Stil des Lappens befindet fich 1 cm unterhalb einer von der Mundöffnung horizontal verlaufenden Linie, die Schnittlinie des Lappens verläuft vom linken Mundwinkel im Schatten der Nafe in der Richtung des linken inneren Lidwinkels, geht horizontal unter dem linken Augenlid nach Aufsen circa 1 cm nach Aufsen vom äufseren Lidwinkel, von hier fenkrecht nach abwärts.

4. VI. Abends mifst Patient 40,3. Der Verband wird erneuert, der transplantirte Hautlappen, der fchon fofort nach der Operation eine anaemifche Farbe annahm, befonders an den durch die Naht in Anfpruch genommenen Rändern, ift livid verfärbt und etwas oedematös. Eine der Entfpannungsnähte wird entfernt. Patient ift übrigens fchmerzfrei.

5. VI. Patient fühlt fich recht wohl. Der Lappen hat feine livide Färbung theilweife verloren, nur ift der Rand desfelben fehr dunkelblau verfärbt. Um diefe Circulationsftörung zu heben, follte man die Naht löfen, doch hindert hieran die Ueberlegung, dafs darnach der transplantirte Lappen fich ftark zurückziehen würde. Doch wird eine Entfpannungsnaht gelöft. Temp. Morgens 38,3. Abends 38,7.

6. VI. Status idem. Temp. 38,2, refp. 38,3.

7. VI. Patient befindet fich wohl. Der erwähnte Hautrand ift vollkommen gangraenös geworden, fieht fchwarz aus

und beginnt ſich zu demarquiren. Temp. Morgens 37,0. Abends 38,0.

8. VI. Der Hautrand wird entfernt, und damit ſich der transplantirte Lappen nicht allzu ſtark zurückzieht, wird eine ſtarke Entſpannungsnaht angelegt. Temp. Morgens 37,5, Abends 37,8.

12. VI. Patient nährt ſich recht gut. Der Defekt der linken Wange verkleinert ſich durch Hereinziehung der benachbarten Haut. Dadurch wird die linke Oberlippe, ſoweit dieſelbe noch vorhanden iſt, nach oben verzogen. Temp. Morgens 36,7. Abends 37,6.

20. VI. Patient iſt bisher fieberfrei. An der Stelle, an welcher der transplantirte Hautlappen gangraenös wurde, liegen zwar die Hauträuder gut aneinander in Folge der Entſpannungsnaht, auch zeigen ſie Granulationen, aber keine Tendenz zur Verwachſung. Sie werden deshalb in Chloroformnarkoſe angefriſcht und mit einander vereinigt. Entſpannungsinciſion. Silberplattennaht; fünf Silberdrahtnähte.

22. VI. Befinden ſehr gut. Temperatur Morgens 37,0, Abends 37,8.

26. VI. Bisher vollſtändig fieberfrei. Der Wangendefekt verkleinert ſich immer mehr. Die neulich angefriſchten Hauträuder beginnen mit einander zu verheilen.

28. VI. Die Silbernähte werden entfernt, nachdem die Hauträuder verwachſen ſind. Die Silberplattennaht bleibt jedoch noch liegen.

30. VI. Patient iſt geheilt, d. h. der transplantirte Lappen iſt in feſte Verbindung mit der Nachbarſchaft getreten. Auf der linken Wange beſteht nur noch ein circa 2 Markſtücke groſser Hautdefekt, an deſſen Stelle ſich friſche Granulationen befinden. Das untere Augenlid iſt ein wenig nach unten und der Reſt der linken Hälfte der Oberlippe durch Narbencontraction nach oben verzogen. Eine vollſtändige Uebernarbung des Defektes dürfte in 10—14 Tagen zu erwarten

ſtehen. Indeſs wünſcht Patient der Koſten halber ſchon früher in ſeine Heimath zurückzukehren, und ſteht ſomit ſeiner Entlaſſung in den nächſten Tagen Nichts im Wege.

Epikrise:

Der ganze Verlauf der Krankheitsgeſchichte und der heutige Zuſtand des Patienten geben uns die Berechtigung, die eingeſchlagene Operationsmethode als eine vollkommen gelungene zu bezeichnen. Wenn freilich auch nicht mit Stillſchweigen übergangen werden können die wenigen Unannehmlichkeiten, welche in den Tagen nach den beiden operativen Eingriffen auftraten, ſo müſſen wir doch einfach bekennen, daſs ſelbige Eventualitäten ſind, welche bei jeder Operation, ſelbſt unter Anwendung der ſtrengſten Antiſeptik vorkommen können. Ich meine einmal das Auftreten des Eryſipels und fernerhin das theilweiſe Gangraenoswerden des transplantirten Lappens. Ja ſelbſt wenn es in unſerer Macht geſtanden hätte, den erſten Akt der Operation unter antiſeptiſchen Cautelen auszuführen, ſo hätten wir doch nicht mit Gewiſsheit ſagen können, es werde ein Eryſipeles traumaticum nicht auftreten. Da ſelbiges eine Dermatitis iſt, welche ſtets auf Infection beruht (Billroth), ſo können wir ein Entſtehen derſelben nicht mit poſitiver Sicherheit verhindern, da wir bis heute nicht im Stande ſind zu wiſſen, ob und in wie weit wir alle und jegliche Infectionskeime vernichtet haben. Aufserdem aber müſſen wir bedenken, daſs, ſelbſt wenn wir auf das peinlichſte die Wunde desinficirt haben, doch noch eine Infection dem Kranken von einem Entzündungs- oder Fäulniſsherd zugehen kann, welchen er ſelbſt an ſich trägt.

Was die zweite Unannehmlichkeit betrifft, das theilweiſe Gangraenöswerden des transplantirten Lappens, ſo iſt ſelbiges Vorkommniſs bei plaſtiſchen Operationen im Allgemeinen nicht allzu ſelten. Als Grund hierfür in unſerem Falle müſſen wir dreierlei anführen, einmal den Umſtand, daſs die Haut in

der Gegend des Augenlides ſchon von vornherein ſehr ſchlecht ernährt iſt, ferner die Länge des gebildeten Lappens und endlich den Einfluſs der nicht zu umgehenden Naht. Es leuchtet klar ein, daſs die Ernährung der vom Stile des Lappens ſo weit enfernten Partie eine nur ſehr mangelhafte ſein kann. Daſs dieſelbe faſt völlig unterbrochen, ja ſelbſt ganz aufgehoben werden kann, wie es bei unſerem Kranken eintrat, muſs man ohne Zweifel der einſchnürenden Wirkung der Naht beimeſſen. Wie aber unſer Fall zeigt, hat das Abſterben der Randpartie des Lappens keinen ſehr nachtheiligen Einfluſs ausgeübt, es ſei denn, daſs der nochmalige kleine operative Eingriff ein groſses Uebel geweſen ſei.

Wir können alſo ſagen, daſs bei herabgekommenen oder alten Individuen mit malignen Neubildungen im Geſichte eine Operation in zwei Zeiten, wie ſie in vorliegendem Falle ausgeführt wurde, ihre vollberechtigte Indication hat.

Zum Schluſse möge es mir geſtattet ſein, Herrn Geheimrath Profeſſor Ritter von Nuſsbaum für die gütige Ueberlaſſung des vorliegenden Falles meinen innigſten Dank auszuſprechen. Auch dem Herrn Aſſiſtenten Dr. Paſſet ſage ich an dieſer Stelle für ſeine mir in ſo liebenswürdiger Weiſe zu Theil gewordene Unterſtützung meinen beſten Dank.